

Allergic to penicillin



File No.: 039087

Nationality:

GYNAECOLOGICAL SHEET

DR LEILA HAMID MEDICAL CENTER
File No: 039087
Name: METHA MOHAMMED ALMARRI
QID No: 29263400741 Sex: Female
Mob: 39935654 ADDRESS: ABU SIDRA



Age: 32 yrs

Marital Status: 9 yrs

band's Name: Mohammed Rashid Almarr

Mobile Phone: Residence Phone:

SYMPTOMS:

Came For Loop insertion - counselled in depth all pros & cons (inserted before & happy @ H) - last wk lower abdominal pain & offensive discharge received !!!

Medical History: medically free P.H. NOT Squired F.H. HTN Fdx
Penicillin allergy

MENSTRUAL HISTORY:

Menarche: 12 Y-5 L.N.M.P 18-6-24
Menstrual Habits: regular every 30 days - 8-10 days
Menstrual Symptoms: NA Squired Menopause:
Parity: P 4 Abortion 0 Ectopic LCB 2 months

♀ 3 ♂ 1

EXAMINATION

General Examination: Ht. 163 cm Wt. 68.3 Kg BMI Kg/m² Bp 100/60 mm Hg
well - Arguing - discussing financial issues

Chest, C.V.S.

Abdomen:

Breasts:

PELVIC EXAMINATION:

Speculum Exam. / Normal intra - copious vaginal discharge
Bimanual Exam. / Flooding outside - healthy CX - HVS
Rectal Exam. / Refused -

Investigation Requested:

TVS in RUF uterus - normal both ovaries
normal FFCDs -

Diagnosis: Vaginitis planning loop insertion - 8 Feb
!!! then reassessed & loop insertion

Plan of Management: vaginal supps + enlCP & hygiene advice

Next Appointment: 1. 02



Date 23 / 6 / 24

New Patient Registration Form

Full Name مريثا محمد ناصر اللواتي الإسم الكامل

Date of Birth 10 / 1992 تاريخ الميلاد

Marital Status Single / أعزب Married / متزوج Divorced / مطلق Widowed / أرمل

Gender: Male / ذكر Female / أنثى Nationality قطرية الجنسية

Occupation ربة منزل المهنة

I.D Number ٧٤١ - ٣٤٦٣٤٠٠ رقم البطاقة الشخصية

Telephone No. (Home) رقم الهاتف المنزلي

Mobile Number ٣٩٩٣ ٥٦٥٤ رقم الجوال

Emergency Contact Person أختي أقرب الأقارب

Emergency Contact Number ٥١٢ ٨٨٨٨ ٣ رقم هاتف

Address: Building No. Zone No. Street No. العنوان: أبو سودة

22 رقم البناية 55 رقم المنطقة رقم الشارع العنوان: رضة المصم

How did you hear about our Center

Advertisements / إعلانات Referral by doctor Friends & Relatives / أصدقاء وأقارب من أين سمعت عن مركزنا؟

Others / أخرى

How do you want us to address you ?

كيف تفضل أن نناديك ؟

By Name / بالإسم By No / بالرقم Others (please specify) / حدد الطريقة التي تفضلها

I receive my Rights & Responsibilities

إستلمت قائمة حقوق و مسؤوليات المريض

Signature [Signature] التوقيع

File Number 039087

نموذج الموافقة المستنيرة

موافقة على العلاج الطبي

أوافق و أوجه الطبيب / الطبيبة المعالج لي لمقابلتي وأجراء الكشف علي والقيام بتشخيصي ومعالجتي بالأدوية أو العقاقير أو عمليات إن إحتاج الأمر ، وأنا أدرك أن من مسؤوليتي الحضور في الوقت المحدد لمواعيدي واتباع أوامر الطبيب المعالج لي كما أدرك بأنني لدي الحق في طلب رأي ثاني لو لم أكن راضيا / راضية عن الرعاية المقدمة لي.

وأوافق على أي اجراء فحص طبي إن طلب مني من أجل تقديم رعاية طبية صحيحة.

وقد قرأت ووافقت على نموذج الموافقة المستنيرة حسب تعليمات وزارة الصحة العامة.

اسم المريض / المريضة: حنينا الطرحة

التاريخ: ١٦ / ٠٣ / ٢٠١٤

ملف رقم: 039087

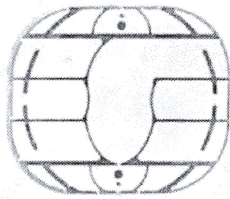
التوقيع: Salwa



State of Qatar
ID. Card



دولة قطر
بطاقة إثبات شخصية



ID. No: 29263400741 الرقم:

D.O.B. 29/05/1992 تاريخ الميلاد:

Nationality: QATAR / قطريه الجنسية:

Date of expiry: 10/06/2029 الصلاحية:



الإسم: ميثا محمد ناصر اللواء المري

Name: MAYTHA MOHAMMED N A AL-MARRI